**FICHA MÉDICA DE SALUD – segundo, tercero y cuarto AÑO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
| Apellido y Nombres | | | | Tipo y Nº de D.N.I. | | |
|  | |  |  | | | |
| Calle | | Número | Barrio | | | |
|  |  | | | |  | |
| Localidad | Provincia | | | | Tel. / Cel.: | |
|  |  | | | | |  |
| Obra Social a la que pertenece | Hospital en que se atiende | | | | | sexo |

**EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Apellido/s y Nombre/s | Parentesco |
|  | |
| Números de contacto | |

**A-ANTECEDENTES**

**1-VACUNACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | SI | NO | IGNORA |
| BCG |  |  |  |
| Doble |  |  |  |
| Triple |  |  |  |
| Sabin |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Refuerzo antitetánica |  |  |  |
| Fecha |  | | |

**2-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | | Tuvo | Tiene | Fecha aprox. |
| Asma | |  |  |  |
| Desmayo | |  |  |  |
| Convulsiones | |  |  |  |
| Epilepsia | |  |  |  |
| Sinusitis | |  |  |  |
| Hepatitis | |  |  |  |
| Bronquitis | |  |  |  |
| Laringitis | |  |  |  |
| Afecciones cardíacas | |  |  |  |
| Afecciones de oídos | |  |  |  |
| Problemas óseos | |  |  |  |
| Problemas articulares | |  |  |  |
| Hemorragias | |  |  |  |
| Dolores de cabeza |  |  |  |

**3-ALERGIAS**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tipo / grado |
| Comidas |  |
| Medicamentos |  |
| Antibióticos |  |
| Penicilina |  |
| Insectos |  |
| Otros |  |

**4-GRUPO SANGUÍNEO**

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo sanguíneo |  |
| Factor RH |  |

**6- DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA SUFRÓ / E**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo | Fecha | Observaciones |
| Cansancio extremo |  |  |
| Falta de aire |  |  |
| Pérdida de conocimiento |  |  |
| Palpitaciones |  |  |
| Precordalgias |  |  |
| Cefaleas |  |  |
| Vómitos |  |  |

**5-INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo | Fecha | Observaciones |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**8-MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | Observaciones |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**7-MEDICAMNETOS NO PRESCRIPTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo | SI | NO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**9-OTRAS CONDICIONES MÉDICAS QUE CONSIDERE DE IMPORTANCIA MENCIONAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Tuvo | Tiene | Fecha aproximada |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**B-INFORME MÉDICO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EXÁMEN FÍSICO** |  |  | **EXÁMEN BUCODENTAL** |  | **SI** | **NO** |
| **Peso:** | Kg. | **Faltan piezas** |  |  |
| **Talla:** | Cm. | **Caries** |  |  |
| **IMC** |  |  |  |  |  |

**EXÁMEN PIEL Y T.C.S.C.:**

**EXÁMEN OFTALMOLÓGICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Agudeza visual | Der.: | Izq.: |
| Usa anteojos | SI | NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXÁMEN CABEZA Y CUELLO** |  |
| **AUSCULTACIÓN** |  |
| **FRECUENCIA CARDÍACA** |  |
| **TENSIÓN ARTERIAL** |  |
| **EXÁMEN RESPIRATORIO** |  |
| **EXÁMEN ABDOMEN** |  |
| **EXÁMEN GENITOURINARIO** |  |
| **EXÁMEN OSTEOARTICULAR** |  |
| **EXÁMEN NEUROLÓGICO** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EXÁMEN**  **CARDIOVASCULAR** | Reposo | 2º Ejercicio | Recuperación |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ECG** | Normal |  |
| Patológico |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ERGOMETRÍA** | Normal |  |
| Patológico |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Columna vertebral | Normal | Cif. | Lord. | Esc. |
| Miembros superiores |  |  |  |  |
| Miembros inferiores |  |  |  |  |
| \*Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final del resultado de los estudios | | | | |

**C-LABORATORIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ESTUDIO | NORMAL | PATOLÓGICO |
| HEMOGRAMA COMPLETO |  |  |
| USG |  |  |
| GLUCEMIA |  |  |
| UCA |  |  |
| ORINA COMPLETO |  |  |
| VDRL |  |  |
| HEPATITIS B |  |  |
| GRUPO SANGUINEO |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CLINICA** | |
| Apto | No apto |
| \*Observaciones: | |

**Conste que atendí a: …………………………………………………………………………………………………………………….………..D.N.I.:………………………………………**

**De……………. Edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades pedagógicas y físicas, programadas por la institución.**

**Lugar y fecha:……………………………………………**

sello

Firma del médico

**SE DEBE ADJUNTAR A ESTE, COPIA DE ESTUDIOS**

**\*RX TORAX / \* RX COLUMNA (frente y perfil) (cervical - dorsal – lumbar) / \*AUDIOMETRÍA / \*ESPIROMETRÍA (Según antecedentes)**

**DECLARO BAJO JURAMENTO** que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

**ME COMPROMETO** además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que **AUTORIZO** a la Dirección del Instituto Superior San Miguel (o a quién esta designe) a hacer asistir al titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma:…………………………………….……..........

Aclaración:……………………………………………

D.N.I.:……………………………..……………………

\*Firma 1: Interesado

**Lugar y Fecha:………………………………………**